46e Année. — N° 16. Vendredi 21 Avril 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Urologie : De la dilatation anale dans les affections douloureuses de l'urètre et de la vessie, par A. Guépin, p. 241. — **Médecine publique** : Prophylaxie dans les maisons de secours ou dispensaires, par le Dr Bimsentein, p. 243. — **Bibliographie** : Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie, p. 245. — Hyperplasie conjonctive. Fibromes utérins; leurs traitements médicaux, p. 245. — **Académie de médecine** : *Séance du 18 avril 1899. — Présidence de M. Panas.* — Hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne, p. 246. — Variole et tuberculose, p. 246. — Luxation de la hanche, p. 246. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 7 avril 1899. — Présidence de M. Raymond.* — Le rhumatisme sacro-iliaque, p. 247. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du 11 avril 1899. — Présidence de M. Gourichon*, p. 247. — Rapport de candidatures et d'élections, p. 248. — Rapport sur la candidature du Dr Darin, p. 248. — Elections, p. 249. — Compte rendu financier pour l'année 1898, p. 251. — Prophylaxie dans les maisons de secours ou dispensaires, p. 251. — La lutte contre l'alcoolisme dans les Bureaux de Bienfaisance, p. 251. — Petite amélioration dans le service de la désinfection, p. 251. — A propos de vaccination, p. 251. — **Société medico-chirurgicale** : *Séance du 20 avril 1899.* — Hérédité syphilitique à très long terme. 7 enfants atteints de syphilis héréditaire du système nerveux mortelle, dont le dernier, quoique d'un autre père, non syphilitique, 21 ans après l'apparition de la syphilis, p. 252. — Antisepsie des injections mercurielles, p. 253. — **Société de chirurgie** : *Séance du 12 avril 1899. — Présidence de M. S. Pozzi* — Traitement de l'appendicite, p. 253. — Résection totale du nerf maxillaire supérieur, p. 253. — Tuberculose testiculaire, p. 254. — Cholécystite calculeuse. Laparotomie. Cholécystotomie. Gastro-entéroanastomose antérieure. Guérison, p. 254. — Cholécystite calculeuse. Cholécystotomie. Guérison, p. 254. — Trépanation dans l'épilepsie. Maintien d'un orifice crânien. — Guérison, p. 254. — Cancer du rectum. Ablation. — Présentation de pièces, p. 254. — *Séance du 19 avril 1899. — Présidence de M. S. Pozzi*, p. 254. — Résection du maxillaire supérieur, p. 254. — Tuberculose testiculaire, p. 254. — Gastrorrhaphie et gastropexie, p. 255. — Hernie de l'enfance, p. 255. — Trépanation pour abcès intra-cérébral, p. 255. — **Variétés** : Un code déontologique médical bavarois, p. 255. — **Nouvelles**, p. 256.

UROLOGIE

De la dilatation anale dans les affections douloureuses de l'urètre et de la vessie (1).

Par A. Guépin.

Sans rechercher aujourd'hui les raisons anatomiques (1) et physiologiques du fait en lui-même, il est facile de se convaincre que chez l'homme, à l'état normal, les contractions des sphincters anal et urétraux sont ordinairement synergiques (2). On comprend alors avec plus de facilité comment le spasme habituel du sphincter de l'anus peut entretenir un phénomène de nature identique du côté de l'urètre et de la vessie et inversement, comment la contracture des voies urinaires inférieures retentit sur la portion terminale du gros intestin, et entraine le spasme qui vient compliquer de ses conséquences propres la situation pénible des malades.

(1) Communication à la *Société de médecine de Paris*, séance du 8 avril 1899.

I. — La contracture du sphincter anal provoque donc et entretient un état spasmodique de l'urètre et de la vessie, se traduisant par des mictions fréquentes, difficiles, pénibles parfois jusqu'à la douleur. Cette *excitation vésico-urètrale* qui accompagne souvent les affections inflammatoires (cystites) et qui a été confondue avec elles, opinion dont notre collègue P. de Grandcourt a autrefois fait justice (3), peut aller jusqu'à la rétention d'urine, surtout lorsque le col vésical est déplacé par une augmentation de volume de la prostate passagère ou définitive. Le cathétérisme, alors urgent, est douloureux, accompagné de petites hémorrhagies de nature congestive ; souvent il est difficile et même quelquefois temporairement impossible. Il démontrerait au besoin la réalité de l'existence du spasme urétral (4). Chez tous les sujets atteints de fissure à l'anus, de la variété dite intolérante, d'hémorrhoïdes au moment des poussées de congestion locale, ou qui ont subi certaines interventions chirurgicales portant sur le voisinage de l'orifice anal (5) et laissant à leur suite une irritation plus ou moins persistante, se montre l'excitation vésico-urètrale avec ou sans rétention d'urine et cette dernière, lorsqu'elle se rencontre, revêt alors la forme douloureuse. La connaissance des lois générales des réflexes urinaires faisait prévoir cette complication (6). Mais ce qui peut être observé à des degrés divers dans des circonstances ordinaires prend, bien entendu, chez les malades spéciaux que seuls vise ma courte description, un intérêt de première importance.

Permettez-moi de ne vous citer, et très rapidement, qu'une observation récente. Un homme de 45 ans, que je vois régulièrement depuis des années, sans autre cause appréciable qu'une neurasthénie peu accusée, souffre par moments de crises d'excitation vésico-urétrale. Le passage d'une bougie molle n° 21, d'abord très difficultueux, a seul donné de bons résultats. Le toucher rectal, pendant les crises, dénotait la contracture du sphincter avec constipation tenace et petites hémorrhoïdes externes turgescentes.

Or, vers le milieu de 1898, apparaissent les douleurs caractéristiques d'une fissure ; les troubles urinaires prennent une grande acuité et les cathétérismes jadis efficaces restent désormais sans effet. J'examine ; je découvre la fissure ; et, quelques jours après, je fais la dilatation forcée de l'anus sous le chloroforme. Le soir même de l'intervention, le malade, très soulagé, n'urine plus que toutes les trois ou quatre heures, sans efforts,

et sans souffrances. Cette amélioration considérable se maintient encore ; plus n'est besoin d'avoir recours à la bougie urétrale et la fissure n'a jamais reparu. Je n'insiste pas ; il y a trop longlemps que de tels faits sont connus.

II. — Les affections très douloureuses de l'urètre et de la vessie, qu'il y ait ou non des lésions constituées, affections dont le spasme vésico-urétral fait partie intégrante, sont accompagnées de contracture anale avec toutes ses complications. Comme dans le cas précédent, il semble qu'il y ait entre les deux appareils musculaires un échange réciproque de mauvais procédés.

Maisonneuve (7) avait noté ces rapports et, de propos délibéré, il pratiquait la dilatation forcée de l'anus à ses prostatiques, pour espacer leurs besoins d'uriner et rendre leurs mictions plus faciles. A cette époque, on entendait par prostatiques, conservant à ce terme son sens le plus général, tous les malades atteints de prostatomégalie et souffrant des troubles urinaires qui en résultent ; c'étaient des prostatites chroniques, des hypertrophies séniles, des cancers de la prostate, ayant de commun un symptôme physique essentiel : la prostatomégalie et un syndrôme fonctionnel dont parfois la terrifiante acuité et la ténacité désolante justifient les plus sérieuses interventions opératoires : l'excitation vésico-urétrale, le spasme douloureux de l'urètre et de la vessie. A l'exemple de Maisonneuve, les chirurgiens de son époque, surtout lorsqu'ils n'opéraient point, attachaient à la thérapeutique « rectale » pour ainsi dire, chez les urinaires de toute sorte, un intérêt capital, que le temps et l'expérience n'ont en rien diminué.

Nous en trouvons la preuve dans les travaux de son élève, mon maitre Reliquet (8). L'évidence des relations établies entre l'excitation vésico-urétrale et la contracture du sphincter de l'anus permettait d'aller plus loin dans cette voie et, en l'absence d'une modification pathologique, locale et appréciable de l'urètre, de la vessie ou de l'anus, d'opposer au spasme des voies urinaires inférieures paraissant résulter d'une simple névralgie (si pareil diagnostic est encore de mise), la dilatation forcée du sphincter anal. Récemment encore, après avoir exploré sans résultat la vessie d'un malade chez qui tous les traitements généraux et tous les traitements de la cystite ont échoué, j'ai pratiqué la dilatation anale. Et depuis cette époque, les mictions, presque aussi fréquentes, sont du moins beaucoup plus faciles et tout à fait indolentes.

Deux cas se présentent encore à ma mémoire où, à une intervention commandée par l'état de la vessie, il m'a paru utile de joindre la dilatation forcée. Ici, certainement, il serait facile de discuter la valeur de cette dernière opération. Cependant, comme elle ne prolonge pas la durée des manœuvres chirurgicales, comme elle n'ajoute rien à la gravité du traumatisme, comme enfin, nous le savons, elle contribue, pour sa part, à rendre à l'urètre et à la vessie le calme indispensable, je crois préférable de terminer l'acte opératoire par une rapide dilatation du sphincter ani. L'un de ces cas est celui d'un jeune homme de 35 ans, tuberculeux vésical, envoyé de province à Paris, épuisé par les souffrances, atteint d'une constipation rebelle et sous le coup de graves accidents urémiques (dyspnée, vomissements incoercibles), à qui je fis d'urgence la taille périnéale. Je profitais de l'anesthésie chloroformique pour dilater rapidement le sphincter. Depuis janvier 1898, ce malade conserve et entretient sa fistule urinaire : ses urines sont presque claires et normales d'aspect ; l'état général est excellent, les garde-robes sont régulières. L'autre a trait à un vieillard de 70 ans, envoyé également de province pour une hypertrophie sénile de la prostate avec rétention absolue, profondément infecté et presque mourant. Taille périnéale en juin dernier, dilatation forcée de l'anus. Trois semaines après ces deux interventions, je laissais la fistule se fermer d'elle-même. Le malade vit encore ; il a toujours de la stagnation d'urine due à sa prostatomégalie ; mais les mictions se font assez bien dans l'intervalle des cathétérismes. Ceux-ci, autrefois très douloureux et très pénibles, sont désormais indolents et faciles. Les hémorrhoïdes habituelles ont disparu et l'évacuation du rectum se fait avec régularité.

Si donc, pour me résumer, je cherche à établir les indications de la dilatation forcée du sphincter de l'anus dans les états douloureux de l'urètre et de la vessie, j'arrive aux conclusions suivantes. Seront-elles définitives ? Peut-être ; mais *à priori* je ne le pense pas et je fais appel à tous mes collègues de la Société de médecine de Paris, pour qu'ils veuillent bien apporter, à cette tribune, le résultat de leur expérience dont je m'efforcerai de tirer le meilleur profit.

La dilatation anale est indiquée comme moyen palliatif ou comme adjuvant utile du traitement spécial des affections douloureuses et spasmodiques de l'urètre et de la vessie, alors qu'une opération ne peut radicalement guérir les lésions (cancer de la prostate et tuberculose vésicale avancée, par exemple). Dans la même séance, on agit, au besoin, sur la vessie, sur l'urètre et sur le rectum, comme il a été fait dans mes deux dernières observations.

Elle est encore indiquée quand l'exploration méthodique et sous l'anesthésie du réservoir urinaire n'a point permis de remonter aux causes d'une violente excitation vésico-urétrale ou que, pour une raison ou pour d'autres, le chirurgien n'est pas autorisé à faire davantage.

Enfin, lorsque les douleurs et le spasme vésico-urétral sont la conséquence de troubles nerveux mal définis et que leur intensité justifie l'emploi de procédés énergiques, avant de prendre une plus grave détermination, je reste décidé à proposer la dilatation forcée du sphincter anal. Dans cette circonstance encore, je montrerai peut-être un esprit rétrograde. L'impor-

tant est que mes malades aient lieu de ne pas le regretter.

Bibliographie : 1. Sur l'innervation vésicale. *Journal de l'anatomie et de la physiologie de Ch. Robin*, mai, juin 1892. — 2. RELIQUET, *Œuvres complètes*, tome III (Leçons sur les spasmes de l'urètre et de la vessie). — 3. P. DE GRANDCOURT; *Etude et diagnostic des fausses cystites*, thèse de Paris, 1895. — 4. RELIQUET et A. GUÉPIN; *Faux rétrécissements de l'urètre*, brochure, Paris, 1893. — 5. De la rétention d'urine chez les opérés, *Gazette des Hopitaux*, 18 mars 1893. — 6. RELIQUET; Leçons sur les maladies des voies urinaires, Paris 1885. — 7. MAISONNEUVE. Cité par RELIQUET en *Leçons, Œuvres complètes*, etc. — 8. RELIQUET. *Loco citato.*

MÉDECINE PUBLIQUE

Prophylaxie dans les maisons de secours ou dispensaires.

Par feu le Dr BIMSENSTEIN

Quelques faits importants observés à la consultation externe du bureau de Bienfaisance auquel je suis attaché m'ont suggéré l'idée de ce travail, que je viens soumettre à votre bienveillante appréciation.

Tout d'abord laissez-moi vous rappeler en deux mots quelle est actuellement l'organisation d'une maison de secours ou plus exactement d'un dispensaire, puisque telle est désormais la désignation qui lui est affectée. Une salle d'attente plus ou moins grande où séjournent les malades ; deux cabinets, l'un pour le médecin, l'autre pour la surveillante préposée aux inscriptions. Comme personnel, ladite surveillante, et une femme, qui est généralement la concierge de l'immeuble cette dernière chargée du nettoyage et de la police de la salle.

En ce qui me concerne, je dois dois vous dire que mon service situé à la rue Saint-Bernard, au milieu du faubourg Saint-Antoine, est des plus actifs puisque une moyenne de 60 malades environ y défile journellement. Il est dès lors facile de supposer quelle variété de maladies aiguës et chroniques peut être observée. C'est un livre complet de pathologie qu'on peut lire chaque jour, mais à l'inverse du livre, où toutes les maladies sont triées, cataloguées, et étudiées en ordre ; ici c'est la confusion et l'anarchie complète où rougeole coqueluche, diphtérie, tuberculose, érysipèle cohabitent un moment dans la plus étrange promiscuité.

Ceci dit, voyons les faits qui sont l'origine de cette communication.

Il y a peu de temps, deux fois dans une semaine, j'ai eu à diagnostiquer des cas de croup sur des enfants qui passaient dans mon cabinet à leur tour d'inscription. Quelques jours avant il s'agissait d'une scarlatine en pleine éruption, d'un érysipèle de la face pris comme il arrive souvent pour une fluxion dentaire ; enfin journellement se présentent des enfants atteints de la coqueluche. Je pourrais encore vous citer d'autres faits de même nature, mais je n'insisterai pas, mon seul but étant de nous montrer quelles terribles conséquences peuvent résulter de la présence dans une même salle de malades atteints les uns d'affections bénignes, d'autres d'affections contagieuses. N'oublions pas en effet, que la consultation externe est surtout destinée aux maladies chroniques ou de peu de gravité, chez les adultes bronchites dyspepsie, névralgie, chez les enfants, anémie, lymphatisme, scrofule, éruptions eczémateuses. Or chez tous ces malades, et en particulier chez les derniers, il y a un état de réceptivité morbide bien propre à ne pas rendre stérile la cohabitation des germes infectieux dont je vous ai entretenus. Du coup, je ne puis vous cacher le trouble et l'émotion qui m'empoignent quand, à côté d'un enfant atteint de croup confirmé, je vois d'autres enfants jouer pendant deux ou trois heures en attendant que je leur donne l'huile de foie de morue ou le sirop d'iodure de fer qu'ils viennent me demander. Ils réclament pour leur santé et c'est peut-être la mort qu'ils emportent.

Que fait-on pour remédier à ce déplorable état de choses ? Bien peu, en vérité ; un lavage journalier du sol de la salle d'attente, et hebdomadairement une désinfection pratiquée par les étuves municipales. Mais qui ne voit que ces dispositions sont absolument insuffisantes ? Tout d'abord, aucune mesure n'est prise pendant l'attente des malades pour éviter les terribles effets de la contagion ; en second lieu la désinfection a perdu son bénéfice le lendemain du jour où elle a été pratiquée. De nouveaux malades pendant six jours répandent leurs microbes qui ont toute liberté d'agir, c'est-à-dire de nuire à leur aise.

Le simple exposé de ces faits implique de suite une double conclusion. C'est d'abord un triage à faire parmi les malades, et l'obligation de faire attendre ceux qui sont atteints d'affections contagieuses dans une chambre d'isolement. De plus, il est indispensable de désinfecter chaque jour les salles d'attente.

Examinons de plus près ces deux points.

Le triage des malades ne peut être fait que par la surveillante ou la fille de salle. Or présentent-elles des aptitudes suffisantes à ce travail ? Oui, si elles sont munies du diplôme d'infirmière, et surtout si elles ont pratiqué dans les hôpitaux. Mais à ne considérer que l'état actuel des choses, c'est, je crois, l'exception. Dans mon service, tout au moins et dans mon arrondissement, l'insuffisance du personnel à ce point de vue est notoire. Ce désideratum ne peut être comblé que s'il est stipulé qu'infirmière ou surveillante devront être munies du diplôme d'infirmière des hôpitaux, et avoir fait un stage suffisant dans un hôpital d'enfants. Cette dernière restriction repose sur ce fait que les maladies contagieuses sévissent surtout chez les en-

fants, ainsi qu'on peut s'en convaincre en rappelant la coqueluche, la diphtérie, les affections éruptives.

Je ne disconviens pas toutefois que cette double condition de la possession d'un diplôme et d'un stage dans les hôpitaux ne donnera pas des garanties suffisantes d'un diagnostic certain. Mais ici la perfection n'est pas absolument de rigueur, et, à supposer, que des erreurs se commettent, il sera toujours temps au médecin de les rectifier, en considérant que l'erreur inverse eût été beaucoup plus préjudiciable.

Le triage fait, les malades à affections contagieuses ou simplement suspectes seront naturellement isolés dans des chambres spéciales. Il en résulte que tout dispensaire devra posséder une chambre d'isolement, qui sera, suivant l'importance de la circonscription, subdivisée en une ou plusieurs petites pièces.

Reste maintenant à élucider la question de la désinfection de la salle d'attente et dépendances. Jusqu'ici, vous le savez, on se contente d'un lavage quotidien à l'eau froide et du passage hebdomadaire des étuves municipales. Je vous ai montré l'insuffisance de cette pratique. Nous pensons qu'il faudrait chaque jour se livrer à une désinfection plus efficace et plus complète.

Le lavage du sol, des bancs, des boiseries accessibles doit être fait avec une solution antiseptique. Je n'ose préciser le nom de cette solution, car je sais que sur cette question vos avis sont assez partagés. Toutefois permettez-moi à ce propos une petite digression, en vous soumettant l'opinion du pharmacien de mon dispensaire M. Haubert, chimiste des plus distingués. Selon lui, l'acide phénique par son faible pouvoir microbicide dans le cas de désinfection d'une salle et son odeur désagréable ne peut être employé. Le sublimé présente dans sa manipulation et dans son usage prolongé les plus graves dangers. Le chlorure mercurique étant volatil, les vapeurs émises imprégnant sans cesse les objets, les murs rendraient à la longue l'atmosphère absolument irrespirable et toxique. M. Haubert préconise l'hypochlorite de soude vendu dans le commerce sous le nom d'eau de Javel concentrée. Ce produit est antiseptique, et de plus d'un grand bon marché, puisqu'un litre de ce liquide, qu'on peut étendre efficacement de 300 fois d'eau, ne revient au détail qu'à 20 centimes. A la pharmacie des hôpitaux le prix en serait bien moindre. Le titre de la solution à employer pourra du reste varier selon les cas. Si l'on veut agir comme simple lavage, la solution à 1/300 suffira ; si l'on veut au contraire désinfecter un endroit sali par des déjections ou contaminé par la présence d'une maladie contagieuse, la solution sera plus concentrée, pouvant même être employée pure. Au besoin, exceptionnellement, on pourra laver ces places avec une solution de sublimé.

Ceci dit, je reviens à l'objet de mon travail.

Voici donc en partie effectuée la désinfection de notre salle d'attente. Mais est-elle suffisante? Nous ne le croyons pas, puisque aussi parfaits que soient les lavages, les murs, les plafonds, en un mot les parties inaccessibles à la main de l'infirmière échapperont forcément à l'action microbicide. D'autre part il est impraticable de songer à la venue quotidienne des étuves municipales pour des raisons faciles à deviner. Je me demande dès lors si l'on ne pourrait pas soi-même pratiquer cette désinfection au moyen d'un appareil pulvérisateur simple, bon marché, comme il doit certainement s'en trouver dans le commerce.

Dès le début de la pratique Listérienne, vous devez vous souvenir qu'aucune opération dans les hôpitaux n'était entreprise par un chirurgien sans créer, dans la salle d'opération une atmosphère de vapeurs antiseptiques engendrées par un appareil pulvérisateur. Lucas-Championnière a inventé un de ces appareils qui longtemps a été employé. Ne pourrions-nous pas nous-mêmes utiliser cet appareil ou un autre analogue pour pratiquer chaque jour une désinfection de notre salle d'attente? Pour ma part, je crois la chose d'une exécution simple et facile.

Il est aussi un autre mode de désinfection très énergique dont on pourrait user dans certaines circonstances graves. Ce sont les fumigations de chlore, dont voici la technique opératoire. Le soir, après complète évacuation des salles, on placera sur le sol quelques assiettes contenant du chlorure de chaux qu'on arrosera d'une solution convenablement étendue d'acide chlorhydrique. Le dégagement gazeux se fera pendant la nuit. Il suffira ensuite d'aérer en ouvrant toutes les issues, quelques heures avant l'arrivée des malades. Il pourrait nous être objecté que les vapeurs de chlore ont l'inconvénient de détériorer les objets, soit en les décolorant, soit en les corrodant. Mais on pourrait y obvier en employant pour le revêtement des murs de la salle d'attente une matière difficilement attaquable, et pour le sol un dallage cimenté spécial, à l'exclusion de tout parquet. Seules, les banquettes seraient en bois, faites avec du chêne résistant. Du reste ces fumigations de chlore ne seraient employées que dans des cas exceptionnels, et les inconvénients signalés plus haut ne seraient pas à redouter.

En résumé : faire un triage des malades pour isoler dans une chambre spéciale les contagieux ou les suspects ; nommer à cet effet un personnel instruit, compétent, pratiquer soi-même une désinfection quotidienne des locaux occupés par les malades, telles sont les mesures hygiéniques que je vous soumets en les libellant dans les conclusions suivantes :

1° Tout dispensaire comprendra une salle d'attente à laquelle sera attenante une chambre dite d'isolement, partagée elle-même en une ou plusieurs subdivisions.

2° Le triage des malades sera fait par un personnel approprié. A cet effet, aucune surveillante ou infirmière ne sera nommée, si elle n'est munie du diplôme d'infirmière des hôpitaux, et si elle ne justifie d'un stage suffisant dans un hôpital d'enfants.

Les pièces où les malades ont séjourné seront chaque jour soigneusement lavées avec une solution antiseptique.

Chaque jour également il sera fait une désinfection totale avec un appareil pulvérisateur.

Exceptionnellement, dans les cas graves, on aura recours aux fumigations de chlore.

Telles sont, Messieurs, les conclusions pour lesquelles je sollicite votre assentiment. Si vous les approuvez et en poursuivez la réalisation, nous aurons fait œuvre utile de médecin et d'hygiéniste. En tout cas, nous serons restés fidèles au judicieux adage qui règle nos devoirs professionnels : *primun non nocere*, *deinde curari*.

BIBLIOGRAPHIE

Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie; des principaux moyens de la dévoiler, par le Dr S. Baudry, professeur à la Faculté de médecine de Lille, in-8° 71 p., 3e édition, Lille, Ch. Taillandier, 1898.

M. Baudry a réuni, dans un long et consciencieux travail, l'indication des moyens employés pour dévoiler la simulation de l'amaurose et de l'amblyopie; long, ce n'est point qu'il soit trop de consacrer 70 pages à l'étude de la simulation et aux moyens si nombreux employés pour la reconnaître, mais toute cette partie, de beaucoup la plus considérable, dans laquelle l'auteur expose les procédés et les appareils mis en usage est absolument dépourvue de figure. Rien n'est pénible comme de suivre la description d'un appareil qu'on ne voit pas et dont aucune figure ne vient donner une idée; malgré la clarté et la précision de son langage, l'auteur impose donc à l'esprit du lecteur une véritable fatigue pendant près de 40 pages. C'est beaucoup.

Consciencieux, en tout cas, ce livre l'est au plus haut point, et l'auteur paraît s'être attaché à être aussi complet que possible. Dans un court préambule, M. Baudry expose les raisons qui peuvent pousser diverses personnes à simuler l'amaurose, l'amaurose unilatérale, car la simulation de la cécité complète est tout à fait exceptionnelle et obligerait en effet les imposteurs à un genre de vie auquel bien peu auraient la patience de se soumettre.

Parmi les méthodes objectives destinées à montrer la simulation, l'examen de la pupille et de ses réactions occupe le premier rang; puis vient l'étude de la direction de l'axe visuel.

Les méthodes subjectives donnent lieu à de plus longs développements. M. Baudry décrit le procédé de Javal Cuignet et ses nombreuses modifications, les épreuves par les appareils pseudoscopiques (boîte de Fles, boîte de Chauvel), les épreuves par les verres sphériques, cylindriques ou prismatiques et rappelle justement l'ingénieuse modification qu'il a fait lui-même subir à l'épreuve du prisme. Il décrit l'épreuve par le stéréoscope et l'épreuve par les verres et les caractères colorés, ces dernières étant les plus répandues et les plus faciles à varier de manière à mettre en défaut la simulation et à juger du degré d'acuité visuelle de l'œil supposé amaurotique.

La simulation de l'amblyopie unilatérale est beaucoup plus commune que celle de l'amaurose, il est même plus difficile de la déceler. Les moyens, d'ailleurs sont à peu près les mêmes que précédemment.

Nous arrivons à des parties plus agréables à lire avec l'amaurose et l'amblyopie hystéro-traumatiques. Cette description est excellente et termine très bien l'ouvrage.

En somme, M. Baudry a fait un très bon travail, bourré de documents dont l'accumulation rend la lecture parfois fatigante, mais on n'est pas forcé de lire le tout d'un seul coup.

A. Chevallereau.

Hyperphasie conjonctive. Fibromes utérins; leurs traitements médicaux, par le Dr A. Tripier. — Réédition annotée de mémoires divers, 1861-1897. Paris, 1898. Chez l'auteur, 41, rue Cambon.

Le Dr Tripier, après une carrière bien remplie, a eu l'heureuse idée de réunir un certain nombre de mémoires sur la pratique gynécologique, mémoire qui sont le fruit d'une expérience étroitement personnelle. Il a pensé, au cours de sa pratique, qu'à côté de la chirurgie envahissante, il y avait une place très honorable à faire au traitement médical plus conservateur.

Dans une introduction, il donne d'abord un essai sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des tumeurs fibreuses, servant d'entrée en matière aux diverses actions thérapeutiques qui font chacune l'objet de mémoires spéciaux. Ce sont d'abord les tentatives faites pour faire résoudre les tumeurs fibreuses interstitielles par des topiques intra-utérins; viennent ensuite les essais de dissolution et de réduction des tumeurs par les moyens électriques, la voltaïsation utérine, la chimicaustie et l'électrolyse dans le traitement des fibromes. Après quoi M. Tripier donne un examen comparatif des méthodes et des procédés employés, sans aboutir à une conclusion absolue, car il fait une large part aux indications individuelles.

Le lecteur trouvera ensuite des renseignements sur l'hémostase électrique et ses applications en gynécologie, sur le traitement électrothérapique des affections péri-utérines. Dans un travail sur les algies centriques et réflexes, l'auteur examine les conditions de la localisation de la douleur réflexe, les migraines et les névralgies liées à un état gastrique, à une lésion utéro-ovarienne et conclut avec raison que le traitement doit toujours s'adresser à la lésion primitive qui a provoqué le réflexe douloureux. Nous signalerons encore les articles sur l'antisepsie physiologique, les suppositoires vaginaux, les topiques argileux et l'absorption médicamenteuse par la voie vaginale.

Ce recueil intéressera tous les praticiens qui, s'occupant de gynécologie, désirent se faire une idée de certaines applications thérapeutiques, de leurs indications et de leurs effets; ils seront certains d'y trouver des avis nettement motivés par une observation et un labeur personnels. L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1899. — Présidence de M. Panas.

Hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne. — M. Le Dentu fait un rapport sur un travail envoyé il y a deux ans par le Dr Baudon, de Nice. Il s'agit d'une femme qu'il a vue pour la première fois en 1886 et qui était alors âgée de 62 ans. Toute la tête avait un développement énorme. La maladie datait déjà de vingt ans; en 1896, à l'époque où M. Baudon a envoyé son observation, le début remontait donc à trente ans. Depuis, cette malade a succombé avec du gâtisme et des accidents cérébraux, après une maladie de trente-deux ans.

En 1879, j'ai soigné à l'hôpital Saint-Louis une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une hypertrophie diffuse des deux moitiés de la face, puis des os du crâne. Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, cette jeune fille a succombé à des accidents cérébraux; la maladie chez elle n'avait duré qu'un an à peine. C'était cependant bien le type clinique de l'hyperostose diffuse classique : symétrie des lésions, caractère diffus de ces lésions, extension au crâne. L'examen histologique fait au Collège de France sur un fragment enlevé au niveau du maxillaire supérieur avait conclu au sarcome; mais au point de vue de la marche ce n'était pas du sarcome. J'ai appelé ce cas périostose diffuse. Il n'y avait aucune syphilis.

Depuis ce cas j'en ai observé un certain nombre d'autres analogues. Il y a des cas types qui ont été enregistrés depuis quelques années, c'est la forme osseuse pure; mais il est probable qu'elle n'a pas été osseuse dès le début.

Les lésions ne sont pas toujours symétriques; mais il y a véritablement diffusion des lésions du maxillaire, et toujours les petits os voisins participent à l'hypertrophie. D'autre part, il y a d'autres lésions de la face, sarcome, carcinomes qui sont symétriques.

Il y a même des cas où l'hyperostose diffuse peut débuter par le crâne, par le temporal, par exemple, chez une jeune fille que je soigne depuis dix ans.

L'évolution est toujours lente, plus ou moins.

La tumeur a une structure mixte. C'est bien une hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne.

La différenciation histologique par rapport aux tumeurs pédiculées est très difficile. On ne peut trouver des caractères histologiques spéciaux à l'hyperostose diffuse.

En ce qui concerne le diagnostic, il faut en distinguer la maladie de Paget et l'acromégalie.

Le pronostic est fatal; la maladie se termine par des accidents cérébraux.

Peut-être n'est-on pas tout à fait désarmé contre cette maladie si on la soigne à temps, en intervenant chirurgicalement lorsque la maladie se revèle par un soulèvement partiel de l'un des maxillaires.

M. Cornil. Dans divers Musées d'Europe on voit des pièces se rapportant à des individus qui paraissent avoir été atteints de la maladie décrite par M. Le Dentu. Ces individus paraissent être morts d'inanition parce qu'il ne pouvaient pas remuer la mâchoire inférieure.

On n'a pas fait l'histologie de cette maladie. Peut-être serait-il indiqué d'enlever le périoste pour empêcher une nouvelle production osseuse, mais il semble bien qu'il y ait d'autres modes de production osseuse, comme la moelle.

M. Cornil lit un rapport sur la communication faite dans la dernière séance par MM. Chipault et Berezwoski.

Variole et tuberculose. — M. Hervieux a relevé un grand nombre de cas de varioleux devenus tuberculeux publiés par divers auteurs ; sur 310 sujets antérieurement atteints de variole ; il en existe à peine 3 p. 100 qui ne soient pas devenus tuberculeux. La tuberculose est d'ailleurs commune dans les pays où la variole est elle-même fréquente. Ce n'est pas que la variole ait déposé chez chez les sujets qu'elle a frappés le germe de la tuberculose; mais c'est une cause déprimante qui produit par là même une prédisposition. M. Landouzy conseille aux varioleux de fuir tout contact avec les tuberculeux.

Ces faits paraissent à M. Hervieux un nouvel argument pour réclamer l'obligation de la vaccine.

Luxation de la hanche. — M. Ducroquet. Si jusqu'à maintenant les guérisons de réduction non sanglante de luxation congénitale ont été l'exception, cela tient à ce que l'on a pas cherché à se rendre compte de ce que l'on faisait. L'auteur, en s'aidant de la radiographie, a pu analyser ce qui était fait et remédier aux nombreuses erreurs qui étaient commises dans le cours du traitement.

Il faut surtout avoir bien présent à l'esprit l'anatomie pathologique des extrémités que l'on veut remettre en présence.

Dans la luxation congénitale interne du col recouverte dans sa partie antérieure et supérieure par l'épiphyse supérieure du fémur, la radiographie prouve qu'après réduction c'est l'épiphyse seule qui réintègre le cotyle. Il est facile de s'expliquer alors pourquoi la réduction se fait toujours en abduction et flexion plus ou moins à angle droit. Dans cette situation, la tête ayant tourné de 90°. L'épiphyse regarde en arrière et en haut. Le cotyle ayant une orientation inverse, on s'explique la possibilité de la réduction.

Lorsque l'on ramène la jambe dans la rectitude, il faut avoir soin de le faire en donnant au membre de la rotation interne, sinon l'épiphyse sortirait de sa cavité et l'on aurait une transposition antérieure, la tête glissant sur le cotyle par sa partie postérieure aplatie ; tout le monde jusqu'à maintenant fait de la rotation externe dans ce temps.

Il est un point également essentiel, c'est la nécessité d'obtenir la rétraction de la capsule et une pseudo-ankylose fibreuse qui maintienne quelque temps même après la guérison, les extrémités primitivement luxées en rapport. Pendant ce temps, la cavité se développe et devient plus solide. Pour atteindre ce but, il est de toute nécessité de prendre le genou dans l'appareil à l'encontre de ce que dit Lorenz.

L'article étant tout à fait immobilisé, l'ankylose fibreuse se fait facilement.

L'appareil est fait sans ouate ; de la perfection de l'appareil dépend tout le succès. Il doit durant tout le traitement descendre au-dessous du genou.

La réduction une fois obtenue, la guérison doit être la règle.

Il est de toute nécessité de s'aider de la radiographie avant d'appliquer un nouvel appareil ; on évitera ainsi les erreurs. L'âge le plus favorable varie avec chaque cas et la radiographie est là pour nous renseigner. C'est elle qui donne la clef du pronostic. Quelquefois, s'aidant au préalable d'une longue extension continue, on peut arriver à réduire chez les enfants de 10 à 16 ans même. La durée du port de l'appareil plâtré est de sept mois ; après son ablation on rompt peu à peu l'ankylose fibreuse existante.

A 4 h. 1/2, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 avril 1899. — *Présidence de* M. Raymond.

Le rhumatisme sacro-iliaque. — M. L. Galliard. Le rhumatisme sacro-iliaque ne se trahit ni par la rougeur ni par le gonflement, mais seulement par la douleur spontanée et provoquée. Aussi est-il souvent méconnu. On le confond avec le lombago, le rhumatisme des muscles fessiers, la névralgie sciatique, etc. Il obéit aux mêmes lois que le rhumatisme des autres jointures. Je l'ai observé plusieurs fois chez la femme. Dans trois faits que je relate ici, il s'est manifesté chez des hommes adultes, et seulement à gauche.

Ma première observation se rapporte à un homme de quarante-deux ans chez qui le rhumatisme aigu fébrile de l'articulation sacro-iliaque gauche a précédé une méningite pneumococcique sans pneumonie.

Dans la seconde, il s'agit d'un homme de trente-trois ans atteint récemment de fièvre typhoïde et conservant des signes de parésie intestinale. Il avait, en même temps qu'une douleur localisée à l'articulation sacro-iliaque gauche, de vives douleurs sur toute la longueur de la colonne vertébrale, pouvant faire songer tout d'abord à une méningite spinale. La suite des évènements montra qu'il s'agissait là d'un rhumatisme sacro-iliaque. Les accidents subaigus durèrent huit semaines malgré le traitement par l'iodure de potassium et par le salicylate de soude.

Le troisième fait se rapporte à un rhumatisme blennorragique de l'articulation sacro-iliaque gauche chez un homme de trente-neuf ans, durant quatre semaines et accompagné de douleurs irradiées d'abord le long du nerf crural gauche, ensuite sur le nerf sciatique du même côté.

M Antony (Val-de-Grâce) communique, au nom de M. le médecin-major Biscous, une observation *d'érythème scarlatiniforme survenue pendant la convalescence d'une pneumonie grippale* ; et, en son nom, un cas *d'érythème noueux* observé également *au cours d'une broncho-pneumonie grippale.*

Dans les deux observations on ne peut incriminer une éruption médicamenteuse. D'ailleurs, si les éruptions sont loin d'être rares dans la grippe, elle coincident généralement avec les premiers symptômes de la maladie, et sont rares dans la convalescence. Il semble rationnel de les attribuer aux infections secondaires, si fréquentes dans la grippe.

Sur la proposition de M. Debove la Société nomme une commission qui sera chargée d'étudier la question de l'*alcoolisme* et de présenter un rapport. Cette commission est composée de MM. Debove, Jacquet, Triboulet, Siredey, Joffroy, Courtois-Suffit, Béclère, Marie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 11 janvier 1899. — *Présidence de* M. L. Gourichon et L. Dufournier.

Les procès-verbaux de la dernière séance et de la séance extraordinaire sont lus et adoptés après une observation de M. Gibert, relative à la liste des médicaments nouveaux accordés par l'administration. La liste qui avait été présentée dans la dernière séance était incomplète par suite d'une erreur d'impression.

M. Rotillon demande qu'il soit fait une analyse du travail offert à la Société par M. Sébillotte sur le *placenta prævia* et M. Billon se charge de faire un rapport pour la prochaine séance.

La correspondance comprend : les journaux habituels; — une lettre d'excuses de M Séailles qui ne peut assister à la séance et demande que la question de M. Dufournier, *mutualistes et nécessiteux*, soit remise au mois de février pour lui permettre de répondre; une lettre de M. Bois qui s'excuse de son absence et qui n'a pu faire encore son rapport sur la candidature de M. Héron de Villefosse, celui-ci n'ayant pas répondu à deux lettres lui demandant communication de ses travaux et de ses titres scientifiques; une lettre de candidature de M. le Dr Rescoussié (12e arr.), rue Saint-Paul, 8, présenté par MM. Louis et Henri Gourichon ; M. Gibert est chargé de faire le rapport sur cette candidature; une lettre d'audience de M. le Président du Conseil municipal Navarre au président et au secrétaire général qui allaient présenter les bulletins de la Société de 1896 et 1897 : ces bulletins seront placés dans la bibliothèque du Conseil municipal ; une lettre de M. Vildermann offrant à la bibliothèque de la Société le rapport général de M. le professeur Budin, présenté au nom de la commission municipale du lait. Des remerciements sont adressés à M. Vildermann et M. Barbillion est chargé de présenter à la Société une analyse de ce rapport à la prochaine séance.

M. Billon: M. le Dr Piéchaud, médecin du Sénat, membre associé libre, a été nommé chevalier de la légion d'honneur.

La Société internationale pour l'étude des questions d'assistance aura cette année de graves questions à débattre à propos de l'exposition de 1900 et du Congrès d'assistance publique et de bienfaisance privée qui aura lieu à cette époque : il est bon, il est indispensable que la Société des bureaux de bienfaisance soit représentée officiellement dans cette société savante. Je vous demanderai de vouloir bien désigner notre président sortant, M. Louis Gourichon dont nous connaissons tous le dévouement que vous avez pu apprécier pendant le cours de cette année, je vous demanderai, dis-je, de le désigner comme notre représentant et notre délégué à la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance en 1899. (*Cette proposition est adoptée à l'unanimité*).

Je demande également à la Société de vouloir bien m'autoriser à faire des démarches auprès de l'Administration, afin d'obtenir l'emplacement nécessaire pour recevoir notre bibliothèque : la maison de secours du IVe ar-

rondissement, située rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 22, offrirait toutes les commodités.

M. le Président Gourichon donne lecture d'une lettre de M. le Directeur de l'Assistance publique répondant aux questions qui lui avaient été soumises par la Société :

1° Pour toute plainte retenue contre les médecins des bureaux de bienfaisance, ceux-ci seront toujours entendus dans leurs explications.

2° Le double des ordonnances médicales devra continuer à être établi, le pharmacien conservant une feuille qui doit être remise à l'administration pour le contrôle.

3° Les modifications au concours pour les places de médecins des bureaux de bienfaisance ne sauraient être appliquées pour le prochain concours; elles devront auparavant être soumises au conseil de surveillance.

M. le Président communique une lettre de Mme veuve Bimsenstein qui remercie la Société de toutes les preuves de douloureuse sympathie qu'elle lui a données pendant les tristes circonstances qu'elle vient de traverser et le Président tout particulièrement, pour le discours qu'il a prononcé sur la tombe de son mari.

Rapports de candidatures et élections. — Il est procédé à la lecture des rapports sur les candidatures de MM. les Drs Darin, Mary, Lapointe, Dubreuil, Biard, Chastanet, Le Bas, Morisse, Léon Piérin et Dutard, par MM. Dorison, Tournier, Kinzelbach, Gresset, Dufournier, Gougelet, Billon, Achille Mathieu et Barbulée. Ces rapports sont successivement adoptés et à l'unanimité les confrères dont les noms précèdent sont élus membres titulaires de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.

Le rapport de M. Dorison sur la thèse de M. Darin, *Rapports de l'alcoolisme et de la folie*, sera imprimé dans le compte rendu de la séance.

Rapports de l'alcoolisme et de la folie. — M. Dorison. Le titre de la thèse de M. le Dr Darin : « Rapports de l'alcoolisme et de la folie; prophylaxie », suffit pour vous indiquer que ce travail est particulièrement intéressant en ce moment, puisqu'aussi bien dans les sociétés savantes que dans les assemblées politiques, l'alcoolisme est à l'ordre du jour; je voudrais avoir le temps de vous analyser l'étude de M. Darin avec quelque détail, mais notre ordre du jour étant chargé, je vais m'efforçer de vous donner sommairement une idée de cette thèse.

M. Darin rappelle en débutant les paroles de M. Gladstone : « L'alcool fait de nos jours plus de ravages que ces « trois fléaux historiques : la famine, la peste, la guerre; il « fait pis encore que tuer, il déshonore »; et, comme preuve de cette affirmation, l'auteur cite la famille Kerandall trop connue par les ennuis du Dr Aubry pour que j'insiste; une deuxième famille de 834 individus issus d'un alcoolique, Ada Jurke, et observée par le professeur Pellmann, de Bonne, qui rapporte que 142 de ces descendants furent des mendiants, 64 des pensionnaires des dépôts de mendicité, 81 des prostituées, 76 des criminels dont 7 assassins, et 106 nés hors mariage; bref, en soixante-quinze ans, cette famille d'alcooliques a coûté à l'Etat, 5 millions de marks.

Plus loin, nous trouvons un relevé fait par le *Quaterly Journal of Inebriety* : sur 12 familles d'alcooliques donnant ensemble 57 enfants, on constate la mort prématurée de 25 de ces derniers, puis on trouve 5 idiots, 5 mal conformés, 5 épileptiques, 5 débiles, 2 ivrognes héréditaires, soit 23 cas pathologiques parmi les 32 survivants, alors que 12 autres familles non alcooliques étudiées comparativement ne présentaient que 6 morts prématurées et aucun cas pathologique en surplus, M. Demme de Berne constate de son côté que sur 57 enfants de buveurs, il n'a vu que 9 enfants normaux, tandis que sur 61 enfants de non buveurs il trouvait 50 enfants normaux. M. Legrain a étudié 215 familles d'alcooliques et a suivi leur descendance jusqu'à la troisième génération; sur 814 enfants, 174 sont morts prématurément, 197 étaient des ivrognes, 322 des déséquilibrés, idiots, etc.

M. Darin montre ensuite que la consommation de l'alcool, qui était de 764.690 hectolitres en 1875, est aujourd'hui de 2.476.387 hectolitres et il constate que la France est passée du troisième au premier rang des nations alcoolisées. Il faut, en effet, ajouter aux nombres ci-dessus la quantité d'alcool produite par les bouilleurs de cru et celle introduite ou fabriquée en fraude; de telle sorte que si l'on fait le total des familles qui fabriquent ou débitent de l'alcool, on est stupéfait de voir que 1.100.000 familles vivent en empoisonnant les 8.000.000 de familles restantes.

Entrant alors au cœur de son sujet, M. Darin indique toutes les affections dont on doit faire remonter l'origine à l'abus de l'alcool, et il insiste naturellement sur la folie; il nous rappelle que la proportion des aliénés alcooliques qui était, de 1808 à 1813, de 8 à 10 p. 100 et de 28 p. 100 de 1825 à 1849, est devenue de 33 p. 100 de 1893 à 1894.

Comment pourrait-on donc arrêter la marche envahissante de « l'ennemi », comme disait J. B. Dumas?

Cette question de prophylaxie est si intéressante que je vous demande la permission de m'y arrêter un moment.

M. Darin envisage successivement les moyens proposés pour enrayer le flot montant :

1° L'augmentation des impôts sur l'alcool qui, employée seule, a toujours échoué (Suède, Russie, Angleterre);

2° Le dégrèvement des boissons dites hygiéniques; ce moyen est mauvais, il ne faut pas craindre de le proclamer; et, en effet, M. Forel remarque que sur 80 alcooliques reçus en 1893 à l'asile d'Ellikon, un tiers n'avait jamais bu que de la bière, du vin ou du cidre; M. Marandon de Montyel, de Ville-Evrard a fait la même observation; le Dr Wisselgren, en Suède, a montré que depuis la détaxe des boissons dites à tort hygiéniques, le nombre des attestations pour ivresse a diminué en ce qui concerne l'eau-de-vie, mais a augmenté d'une façon effrayante en ce qui concerne la bière.

Ce sont ces observations qui ont fait dire à MM. Ladame et Richet « que le dégrèvement de l'alcool, sous quelque forme qu'il soit ingéré, est absolument funeste au point de vue hygiénique, mais que, par contre, la détaxe du café, thé, cacao, sucre produirait d'excellents résultats »;

3° Rectification des alcools; l'exemple de la Suisse montre que ce procédé est détestable, car on fournit aux buveurs une apparence de justification d'ordre hygiénique scientifique, sans diminuer d'un seul le nombre des intoxiqués;

4° La suppression du privilège des bouilleurs de cru a donné de bons résultats en Suède et en Norvège en diminuant le nombre des empoisonneurs;

5° La réduction du nombre des débits est excellente parce que le cabaret est une tentation pour l'ouvrier; mais

ce système n'est efficace qu'à condition d'être poussé très loin et d'être accompagné de mesures restrictives sur la fabrication et le commerce des spiritueux, comme cela a lieu en Suède, en Norwège, Finlande et plusieurs Etats de l'Amérique du Nord.

6° Système de licence de Gœteborg et de Bergen.

A Gœteborg, une société acheta, en 1865, toutes les patentes de la vente au détail de l'alcool ; elle réduisait fortement ensuite le nombre des débits et ferma les portes de ceux qu'elle conserva à 8 heures du soir sauf les samedis et jour de fêtes où elle les ferma à 5 heures. Ce système donna d'excellents résultats et un mouvement se dessine en ce moment en Angleterre en sa faveur.

Le cabaretier, en Suède, ne fait pas de bénéfices sur ses ventes dont le produit est partagé entre la ville et le département ; c'est un véritable fonctionnaire de l'Etat, et il est payé par l'Etat ;

7° Système Suisse ou monopole de l'Etat avec surélévation du prix de l'alcool ; ce système a diminué d'un quart la consommation de l'alcool et il n'est pas impopulaire, puisque, soumis à un referendum, il a été adopté par 297.123 électeurs contre 138.496 opposants.

8° Système de la prohibition. C'est en 1837 que le général Appleton proposa aux représentants de l'Etat du Maine la prohibition de l'introduction et de la fabrication de l'alcool ; mais ce n'est qu'en 1851 que le général Néal Dow fit adopter cette proposition. L'Etat du Maine, qui était un des plus pauvres, devint depuis un des plus riches de la confédération américaine ; son exemple a été suivi par sept autres Etats ; quelques-uns, toutefois, pour réprimer la fraude, n'ont pas adopté la prohibition ; ils ont conservé le système des licences, mais en ont élevé le prix à 25.000 fr. ;

9° Système de la législation pénale ; il est absolument insuffisant à lui seul, mais il peut être un adjuvant utile en frappant : 1° la vente des produits impurs ; 2° les débitants qui favorisent l'ivresse de leurs clients ; 3° en punissant sévèrement l'ivresse publique ; 4° en internant d'office les alcooliques ; 5° en interdisant les alcooliques et en les privant de la puissance paternelle ; 6° enfin, en ne reconnaissant pas les dettes du cabaret.

10° Sociétés de tempérance ; elles devraient être développées, car les seuls pays où l'on ait fait des lois sérieuses contre l'alcoolisme sont ceux où ces sociétés les ont provoquées et préparées ; mais il faut savoir que jamais les sociétés qui n'ont eu pour but que la modération dans l'usage des spiritueux, n'ont réussi ; elles doivent donc prendre pour base l'abstinence absolue.

Quant au traitement des alcooliques, M. le Dr Darin, considérant les dipsomanes comme des malades, préconise leur internement dans des asiles, mais dans des asiles spéciaux, afin qu'on ne soit pas obligé de les relaxer dès que les phénomènes cérébraux, cause de leur internement, auront disparu. C'est en effet ce qu'on est obligé de faire dans les asiles d'aliénés où l'on ne peut garder de force des gens qui ne sont plus aliénés.

La liberté individuelle n'a rien à voir d'ailleurs à la question de l'internement d'office, pas plus pour les alcooliques que pour les fous dangereux, car nous savons combien les alcooliques sont eux-mêmes un danger permanent pour leur entourage et pour eux-mêmes ; d'ailleurs, la Suisse, l'Angleterre et les Etats-Unis, qui sont les puissances les plus respectueuses de la liberté individuelle n'ont pas hésité à adopter des mesures restrictives de la liberté des alcooliques.

Messieurs, M. le Dr Darin a été externe des hôpitaux de Paris de 1888 à 1891, interne des asiles de la Seine en 1893, il a été reçu au concours de 1896 médecin-adjoint des asiles de Paris et en 1898 médecin des Bureaux de Bienfaisance ; nous vous proposons de faire droit à sa demande et de l'admettre dans nos rangs.

Elections. — Il est procédé à l'élection d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire des séances pour compléter le bureau de 1899, par suite de la mort de M. Bimsenstein. Sont élus :

Président : M. L. Dufournier ;
Vice Président : M. Malbec ;
Secrétaire des séances : M. Dorison.

Installation du bureau pour 1899. — M. Louis Gourichon, président sortant, prononce le discours suivant :

Mes chers collègues,

En quittant le fauteuil de la présidence où m'avaient porté vos bienveillants suffrages, je tiens à vous remercier encore une fois de l'honneur que vous m'avez fait, et que je me suis efforcé de justifier.

L'année 1898 a été fertile en travaux. L'autorité de notre Société n'a pas cessé de grandir. Nos réunions ont été fréquentées par un nombre de confrères de plus en plus grand. Et, sans être taxé d'exagération, je puis affirmer que la Société médicale des bureaux de bienfaisance est une des sociétés médicales les plus florissantes de Paris. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir la liste des communications qui ont figuré à nos ordres du jour ; ceux-ci ont parfois été tellement chargés qu'ils n'ont pu être épuisés dans la même séance.

Permettez-moi de les passer rapidement en revue et de vous signaler les résultats obtenus.

Les communications scientifiques sont toujours rares : deux seulement qui sont dues à notre collègue J. Noir. Elles ont trait : l'une à un *cas de fièvre ganglionnaire*, l'autre à *quelques particularités de la dernière épidémie de grippe* (*exanthèmes, accidents nerveux, méningisme, neurasthénie*).

Ce sont les questions d'assistance médicale proprement dite et l'organisation de cette assistance dans les grandes villes de France et de l'étranger qui retiennent le plus notre attention. Grâce aux communications du Dr A. J. Martin et surtout de notre collègue G. Weil, un de nos fidèles, qui ne ménage jamais ni son temps ni sa peine et nous fait profiter de sa connaissance de la langue allemande, nous savons comment fonctionne l'Assistance médicale à Madrid, à Bordeaux, à Nancy, et dans quelques grandes villes d'Allemagne.

Tout récemment, notre collègue Dorison nous a lu un travail fort documenté sur *les consultations gratuites dans les hôpitaux et les dispensaires des bureaux de bienfaisance*, qui sera soumis prochainement à vos délibérations.

Mais nous nous passionnons pour les questions d'hygiène et de prophylaxie des maladies contagieuses, et en particulier de la tuberculose qui fait l'objet de nos constantes préoccupations.

Dufournier, avec sa plume alerte et imagée, nous montre le *rôle des médecins des bureaux de bienfaisance dans l'hygiène publique à l'heure actuelle*. Séailles réclame l'*usage réglementaire des bains après les fièvres éruptives* pour nos malades. Nos deux collègues, désignés pour nous représenter au Congrès de la tuberculose, font une communi-

cation sur la *Prophylaxie et le traitement des tuberculeux indigents et nécessiteux par les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris* où ils ont tracé le programme des mesures prises ou à prendre pour lutter avec efficacité contre la tuberculose chez les indigents.

Barbillion, dans un travail présenté au mois de juillet dernier, demande que les enfants exposés aux maladies contagieuses et en particulier à la tuberculose dans leurs familles indigentes soient isolés et internés dans les écoles primaires pour être soustraits à la contagion. Vous vous souvenez que la discussion fort vive sur les conclusions de notre distingué confrère s'est terminée par leur rejet pur et simple.

Enfin, Messieurs, les mesures de prophylaxie prises dans certains arrondissements pour lutter contre la tuberculose par la délivrance de crachoirs et la désinfection systématique des locaux contaminés ont été poursuivies d'une façon régulière.

L'an dernier, nous avons voté une nouvelle organisation du service des accouchements dans les bureaux de bienfaisance, qui n'a pas encore reçu sa complète exécution. Les accoucheurs des hôpitaux, que nous voulions appeler dans les cas de dystocie, s'étant récusés, nous avons demandé et obtenu qu'il fut déposé dans un dispensaire de chaque arrondissement une trousse dite de secours d'accouchement, renfermant un minimum de médicaments et d'instruments obstétricaux dont nous avons dressé la liste.

A la suite d'une communication faite par votre Président sur l'*assistance à donner aux femmes non arrivées au terme de leur grossesse qui sont menacées d'avortement ou d'accouchement prématuré*, il a été décidé après entente avec l'Administration :

1° Que, *dans les cas d'urgence*, la sage-femme sera donnée immédiatement par la Mairie, sur la demande des familles;

2° Que le médecin, s'il a été appelé en premier lieu, aura *le droit de requérir* directement les sages-femmes lorsqu'il le jugera utile.

L'administration a également décidé, sur notre demande, que l'indemnité serait payée aux sages-femmes dont les parturientes auraient été transportées à l'hôpital dans les cas de dystocie, sans que l'accouchement fût terminé.

Messieurs, d'autres questions qui nous tenaient à cœur ont reçu une solution conforme à nos désirs. C'est ainsi que la cinquième commission a reconnu aux médecins des bureaux de bienfaisance le droit de prescrire du *lait* à leurs malades. Espérons que ce vote de principe entrera prochainement dans la pratique.

Depuis longtemps aussi, nous demandions la *revision de la nomenclature des médicaments*. C'est chose faite. Nous allons avoir un nouveau formulaire considérablement augmenté. De plus, il est institué une commission permanente de la revision des médicaments qui pourra chaque année apporter les améliorations reconnues nécessaires.

Comme vous le voyez, Messieurs, le souci que nous avons de nos malades et l'amélioration de l'assistance médicale à domicile occupent toujours la première place dans nos esprits. Si parfois nous nous occupons de nos propres intérêts professionnels, ceux-ci doivent être examinés avec d'autant plus de soin et de bienveillance. Notre collègue Gresset a lu à notre dernière séance, un travail tendant à l'institution d'une caisse de retraite pour les médecins des bureaux de bienfaisance. Cette idée, qui fait honneur à notre collègue, répond à un besoin et à un désir que j'ai entendu exprimer très souvent autour de moi. Comme toute chose nouvelle, elle soulèvera des critiques, mais je suis sûr que le jour de la discussion venu, elle ralliera vos suffrages.

Le projet de réforme du concours voté depuis dix-huit mois déjà va être soumis prochainement au Conseil de surveillance. Il sera, j'en suis sûr, l'objet de toute la sollicitude de notre nouveau représentant à ce Conseil.

Nous-mêmes, nous avons, sur le rapport élégant et précis de notre confrère Prieur, revisé nos statuts et notre règlement, question qui était depuis deux ans pendante devant vous.

Sur le rapport de notre même collègue que nous avons mis largement à contribution, la *Commission de l'Exposition de* 1900 a tracé la tâche qui sera achevée cette année sur le fonctionnement du service de l'assistance médicale à domicile dans les grandes villes de France et de l'étranger, et ses rapports avec les établissements hospitaliers. Ce travail original, dû à la collaboration de tous, fera bonne figure dans notre vitrine, à côté des travaux et des bulletins de la Société depuis 1852.

Messieurs, l'année 1898 a vu un changement de directeur de l'Assistance publique. Nos relations avec l'Administration sont toujours des plus courtoises et des plus cordiales. Notre nouveau directeur est un homme de haute valeur, animé des meilleures intentions à notre égard et toujours disposé à écouter les justes revendications que nous formulons dans l'intérêt du service.

Nous avons dressé, dans une séance extraordinaire, une liste de trois noms, sur laquelle sera choisi notre nouveau représentant au Conseil de surveillance. Je suis sûr que notre sympathique collègue aura assez de vigilance et d'habileté, assez d'indépendance et de fermeté, pour obtenir le maximum de nos revendications et la réalisation de nos vœux.

J'adresse tous nos remerciements à M. Gibert qui, atteint par l'inexorable limite d'âge, est obligé de résigner ses fonctions, et, au nom de la Société, je lui remets cette médaille qui lui rappellera qu'il a été notre premier représentant au Conseil de surveillance, et qu'il a rempli son mandat à la satisfaction de tous.

Mes chers collègues, au cours de l'année 1898, nous avons perdu cinq de nos membres MM. de Piétra-Santa, Laroche, Puy le Blanc, Berrut et Bimsenstein qui devrait présider ce soir. Saluons encore une fois la mémoire de ceux que la mort nous a ravis et qui ont contribué, chacun suivant ses aptitudes, à la prospérité de la Société.

Nos rangs se sont accrus de 29 nouveaux membres, et notre recrutement se poursuit dans les conditions les plus satisfaisantes.

Messieurs, le programme qui avait été tracé au début de cette année a été rigoureusement rempli. L'énumération des travaux que je vous faisais tout à l'heure le prouve d'une façon indéniable. Un certain nombre de questions ont été résolues ; plusieurs, et non des moindres, sont encore en suspens. Ce sera l'œuvre de nos successeurs de les mener à bien, car à chaque jour suffit sa tâche.

Nous avons pu obtenir le dégrèvement de la taxe sur les bicyclettes : dans ce temps de misère médicale, il n'est pas de petites économies.

Nos procès-verbaux ont été publiés régulièrement.

Les bulletins de la Société de 1896 et de 1897 ont paru et celui de 1898 sera prêt à paraître le mois prochain. Ces résultats ont pu être obtenus, grâce à l'activité du secrétaire général qui remplit, sans faiblir, une tâche écrasante. Si parfois votre président a fait preuve de rigidité, comme on le lui a reproché courtoisement, il s'en excuse, mais il n'était inspiré que par le bien de la Société. Il veut être le premier à rendre hommage au zèle et au dévouement du secrétaire général dont il a pu apprécier, au cours de cette année, la puissance de travail. Il est heureux de lui remettre cette médaille, au nom de la Société, en récompense des services rendus.

Et maintenant, je rentre dans le rang, emportant de cette année de présidence et de vos relations avec vous tous, mes chers collègues, le meilleur et le plus agréable souvenir.

J'invite mon collègue et ami Dufournier à s'asseoir à ce fauteuil, Sous sa ferme direction, notre Société, toujours rajeunie, ne pourra que grandir en prestige et en renommée (*Applaudissements répétés*).

M. Dufournier adresse quelques mots de remerciements à la Société pour son élection à la Présidence qui se trouve ainsi avancée d'une année par suite de la mort si prématurée du regretté Bimsenstein et déclare qu'il fera tous ses efforts pour mériter la confiance qu'ont placée en lui ses collègues.

Compte rendu financier pour l'année 1898. — M. Gibert, au nom de M. Kinzelbach, trésorier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, lit le compte rendu financier de 1898 qui est approuvé après quelques remarques de plusieurs membres de la Société faisant ressortir la nécessité d'économiser.

Les recettes se sont élevées à.....	2.270 fr. 75
Les dépenses — —	2.019 fr. 80
Reste en caisse.....	250 fr. 95

Sur la proposition de MM. Noir et Malbec, le bureau examinera s'il n'y aurait pas bénéfice à ce que la Société publiât elle-même son bulletin — le prix des annonces couvrirait peut-être les frais.

Prophylaxie dans les maisons de secours ou dispensaires, par le Dr Bimsenstein. — M. Billon lit le travail de M. Bimsenstein qui lui a été confié par la famille de notre collègue et qui devait être discuté à la dernière séance. (Voir ci-dessus, page 243).

La lutte contre l'alcoolisme dans les Bureaux de Bienfaisance. — M. Noir demande s'il ne conviendrait pas à la Société des médecins des Bureaux de Bienfaisance d'intervenir dans la lutte contre l'alcoolisme qui, de tous côtés, s'organise; mieux que personne, les médecins des bureaux de bienfaisance sont placés pour juger des ravages du fléau toujours envahissant et ils pourraient, sans nul doute, intervenir d'une façon beaucoup plus efficace que d'autres, des mieux intentionnés. Nos fonctions nous font pénétrer dans les milieux où sévit l'alcoolisme et nous pouvons le constater aussi bien chez l'homme que chez la femme et l'enfant. M. Noir a observé dernièrement un enfant au sein qui dépérissait, sans maladie apparente et bien que la mère, qui élevait son enfant au sein, eût du lait en assez grande quantité; mais cette mère se livrait à la boisson et sitôt que l'enfant eût abandonné le sein et pris le biberon, les troubles disparurent. M. Noir pense que les médecins des bureaux de bienfaisance pourraient contribuer puissamment à enrayer le fléau, soit en faisant des conférences, soit en répandant des notices comme celle qu'a rédigée M. Legendre et qu'il a communiquée à la Société médicale des Hôpitaux; voici cette notice que M. Legendre fait distribuer aux malades de son service hospitalier :

La plupart des maladies soignées dans les hôpitaux sont causées par l'*abus des boissons alcooliques*.

Toutes les boissons alcooliques sont dangereuses et plus nuisibles sont celles qui contiennent avec l'alcool des essences aromatiques, comme la liqueur d'absinthe, qui ne peut jamais être bienfaisante, le vulnéraire et les prétendus apéritifs appelés amers.

Les boissons alcooliques sont encore plus dangereuses, quand on les prend le matin à jeun et entre les repas.

L'homme devient inévitablement alcoolique, c'est-à-dire s'empoisonne lentement par l'alcool, même sans avoir été jamais en état d'ivresse, quand il boit tous les jours de l'alcool, de la liqueur ou trop de vin (plus d'un litre par jour).

L'alcool est un poison dont l'usage habituel détruit plus ou moins vite, mais inévitablement, les organes les plus nécessaires à la vie : l'estomac, le foie, les reins, les canaux du sang, le cœur et le cerveau.

L'alcool excite l'homme, mais ne le fortifie pas.

Il ne remplace pas la nourriture, mais il en fait perdre le goût.

Quand on boit souvent de l'alcool ou quand on boit trop de vin (plus d'un litre par jour), on est plus exposé aux maladies, et quand on est devenu malade, la maladie est toujours plus grave, elle se complique souvent de délire mortel.

L'alcool cause très souvent la phtisie en affaiblissant les poumons; chaque année, nous voyons des malades qui entrent d'abord à l'hôpital pour alcoolisme et qui reviennent quelques mois plus tard, atteints de phtisie.

Les parents qui ont fait abus des boissons alcooliques ont souvent des enfants qui naissent mal conformés ou idiots, ou qui meurent de convulsions ».

La proposition de M. Noir est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Noir, Dorison, Malbec, L. Gourichon et Billon.

Petite amélioration dans le service de la désinfection. — M. Rotillon signale le fait que dans les voitures de désinfection les sacs contenant les linges contaminés que l'on emporte se trouvent à côté des sacs désinfectés; il peut y avoir une contamination possible et il conviendrait que la voiture de désinfection fut divisée en deux compartiments distincts, l'un pour les sacs contaminés et l'autre pour les sacs désinfectés.

A propos de vaccination. — M. Tournier. Messieurs, Jusqu'à ce jour, les vaccinations gratuites, dans les mairies, ont été faites sous le contrôle et la responsabilité des médecins des bureaux de bienfaisance, qui touchent de ce chef une modeste prime, consistant, à leur choix, soit en jetons d'argent, soit en une petite somme égale à la valeur de ces jetons. Or, cette allocution, si minime soit-elle, excite des convoitises. D'après des bruits qui me sont parvenus de source autorisée, il paraîtrait que les employés de MM. Saint-Yves Ménard et Chambon revendiqueraient pour eux les dites primes, sous prétexte que ce sont eux qui pratiquent les vaccinations, et que les médecins y font simple-

ment acte de présence. L'Administration, m'a-t-on dit encore, serait toute disposée à accueillir favorablement cette demande.

De pareilles prétentions me semblent peu justifiées, et je crois que nous devons nous y opposer de tout notre pouvoir, non pas à cause des sommes elles-mêmes, qui sont de peu d'importance, mais en raison de ce principe irréductible, qu'il est de notre devoir de conserver dans son intégrité le patrimoine médical. — Il est facile de réduire à néant ces compétitions par un argument topique : MM. Chambon et Saint Yves Ménard ont passé un traité avec l'Assistance publique : ils émargent à son budget. C'est à eux qu'il appartient de payer leurs employés : on ne doit pas les rémunérer à nos dépens. Et puisque des comparses, étrangers au service médical des Bureaux de bienfaisance, viennent ainsi s'immiscer dans nos affaires, éliminons-les, sans hésitation.

Il y aurait du reste un moyen bien simple d'y parvenir : ce serait de pratiquer nous-mêmes les vaccinations, ainsi que nous en avons le droit. « Mais, me direz-vous, nous sommes déjà surchargés de besogne, et cette nouvelle obligation constituera une charge de plus ajoutée à celles qui nous accablent. Cette objection est légitime, et j'admets avec vous qu'il est difficile de charger des vaccinations les médecins du traitement à domicile, qui ont à satisfaire aux exigences d'un service quotidien, généralement assez pénible. Mais nos collègues de la consultation ne sont pas dans le même cas ; ils n'ont de séances que trois fois par semaine, et je pense qu'ils pourraient très bien pratiquer à tour de rôle les vaccinations hebdomadaires des mairies. En retour, ils toucheraient les primes de vaccination, et recevraient ainsi une légère augmentation de leur trop faible indemnité, sans que le budget de l'Assistance soit mis à contribution.

Pour ce qui est des génisses, qui servent aux vaccinations, j'estime qu'il y aurait tout avantage à les laisser dans leur étable. Nous sommes peu familiarisés avec l'art de gratter avec délicatesse le pis pustuleux d'une jeune vache pour y recueillir le précieux virus. De la pulpe vaccinale, en tubes, mise en quantité suffisante à la disposition de médecins vaccinateurs, ferait tout aussi bien l'affaire. Quand on veut pratiquer une injection de sérum antidiphtérique, on n'amène pas un cheval immunisé au domicile du patient : on se contente d'apporter dans sa poche un flacon du liquide en question. Pourquoi ne pas agir de même à l'égard des inoculations jenneriennes? Les tubes de pulpe vaccinale, de préparation récente, donnent des résultats très satisfaisants, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par les nombreuses vaccinations que j'ai pratiquées depuis six à sept ans à la Cmpagnie des chemins de fer de l'Est dont MM. Saint-Yves Ménard et Chambon sont précisément les fournisseurs. —Je n'ignore pas qu'en agissant ainsi, nous priverons la population parisienne d'un de ses spectacles favoris, si j'en juge par la foule que je vois chaque fois s'esbaudir au débarquement et au rembarquement de l'innocente bête à cornes. Mais notre rôle social ne consiste pas à procurer des divertissements aux badauds.

En résumé, Messieurs, et pour couper court aux manœuvres souterraines que je vous ai signalées, j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation les propositions suivantes :

1° Les vaccinations gratuites seront faites désormais par les médecins des Bureaux de bienfaisance, attachés aux service des consultations.

2° Des tubes de pulpe vaccinale, fraîchement préparée, seront mis, par l'administration, à la disposition des médecins, désignés ci-dessus, pour pratiquer les vaccinations.

3° Les primes de vaccination leur seront attribuées comme indemnité de ce service supplémentaire.

M. Dorison trouve que les médecins de la consultation ont un service suffisamment chargé, sans qu'il leur soit encore affecté le service exclusif des vaccinations.

M. Rotillon ne pense pas qu'il faille se décharger des vaccinations sur les médecins de la consultation ; tous les médecins du bureau de bienfaisance doivent y participer et il convient de ne pas laisser les employés de M. Chambon accaparer le service et toucher les jetons que donne l'Administration.

M. Gustave Weill déclare que dans le XVI[e] arrondissement tous les médecins font eux-mêmes les vaccinations à tour de rôle.

M. Malbec dit que dans le IV[e] arrondissement, tous les médecins sont appelés à tour de rôle à pratiquer les vaccinations ; ils laissent généralement faire l'opération par les employés de M. Chambon et se contentent de signer le registre et les certificats.

M. Gresset affirme que, dans son arrondissement, les médecins ne sont même plus convoqués, les employés des vaccinations opèrent et émargent.

Sur la proposition de M. Rotillon, le vœu suivant est adopté :

1° Les vaccinations ne devront être faites que par les médecins du bureau de bienfaisance indistinctement.

2° Il sera demandé à l'administratiou de fixer les heures de vaccination d'accord avec les médecins de chaque arrondissement.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le secrétaire des séances :
A. Malbec.

SOCIÉTE MEDICO-CHIRURGICALE

Séance du 20 avril 1899.

Hérédité syphilitique à très long terme. — 7 enfants atteints de syphilis héréditaire du système nerveux mortelle, dont le dernier, quoique d'un autre père, non syphilitique, 21 ans après l'apparition de la syphilis. — M. de Molènes. Mme X..., 44 ans, vue pour la première fois en juin 1894, pour eczéma très tenace et ancien des mains, des poignets et des pieds, a un fils âgé de 22 ans, bien portant, 6 grossesses successives ; un an et demi après la naissance de son premier garçon, et étant enceinte, elle présenta ainsi que son mari des boutons sur la figure, le corps, dans le cuir chevelu, perdit ses cheveux, eut mal à la gorge. Le mari et la femme consultèrent à Saint-Louis et suivirent un traitement antisyphilitique. La grossesse suivit son cours et la malade mit au monde une fille, qui ne présenta rien d'anormal jusqu'à l'âge de 18 mois ; elle fut prise de convulsions violentes suivies de coma et mourut au bout de 3 semaines. Le diagnostic porté fut celui de méningite. Depuis lors et à 5 reprises différentes, le même fait se reproduisit et dans des circonstances toujours identiques. Les enfants venaient à terme, la mère les nourrissait ; ils ne présentaient jusqu'à 18 ou 20 mois aucun

symptôme ayant attiré l'attention, ils étaient toutefois sujets à la gourme. Ils mouraient avec les symptômes de la méningite.

Son mari mourut, il y a 7 ans, d'une tumeur de la langue (leucoplasie, dégénérescence épithéliale chez un ancien syphilitique). Elle se remaria, il y a six mois, avec un veuf, qui avait 2 filles de 16 et 19 ans très saines.

Elle présente une poussée eczémateuse aux mains, aux poignets et aux pieds; à un premier examen, on pouvait penser à un eczéma diffus, mais à la main on constatait les lésions décrites sous le nom très défectueux de psoriasis syphilitique palmaire. Il n'existait aucune autre manifestation cutanée syphilitique qu'une syphilide pigmentaire de la nuque. Le diagnostic de syphilis ignorée, basé sur les caractères objectifs actuels et surtout sur les commémoratifs si intéressants fut porté. De juin 1894 à juin 1895, la malade suit un traitement hydrargyrique et ioduré, qui fait disparaître toutes les manifestations cutanées.

En janvier 1896, la malade, qui avait 45 ans et demi, est revue, étant enceinte de six mois. Pendant sa grossesse, aucun malaise, l'éruption des pieds, des mains n'a pas reparu. Un traitement énergique par les injections sous-cutanées d'huile grise, est institué. En avril 1896, naissance d'une fille bien constituée, sans aucun stigmate de syphilis héréditaire, ni malformation. Elle est nourrie par sa mère, et ne présente rien d'anormal, puis au 18e mois, elle est prise de convulsions et vomissements pendant une dizaine de jours et meurt : le médecin appelé avait diagnostiqué méningite.

Nous ne croyons pas qu'il puissey avoir le moindre doute sur l'origine de cette véritable hécatombe. On pourra objecter que le diagnostic dut resté hésitant pour le médecin qui n'a pas observé les symptômes nerveux qui ont entraîné la mort de tous ces enfants. Mais, comme l'a fort bien dit le professeur Fournier, « la syphilis héréditaire ou acquise n'a pas et ne saurait avoir de symptômes propres ; une seule considération servira d'élément diagnostique, c'est la notion des antécédents spécifiques héréditaires. »

Mais n'avons-nous pas longuement développé les manifestations spécifiques présentées par la mère et son premier mari. Existe-t-il une hérédité pathologique capable d'être aussi cruelle que cette hérédo-syphilis qui poursuit la progéniture d'une malheureuse femme plus de 21 ans après qu'elle a été contaminée par son mari, alors même que s'étant traitée et ayant un autre mari sain, elle pouvait espérer être débarrassée de cette tare fatale!

M. Gillet. Il y a bien des méningites tuberculeuses diagnostiquées telles par les symptômes cliniques sans autopsie et qui peuvent provenir de l'hérédité. Et s'il y a en même temps une hérédité syphilitique, il est difficile de faire le départ entre ce qui revient à l'une ou à l'autre de ces maladies. Dans l'observation de M. de Molènes, il y a tellement de détails plaidant en faveur de la syphilis qu'il est difficile d'admettre une autre origine. J'ai observé un homme de 60 ans, qui avait eu la syphilis à 19 ans, qui après traitement s'était marié et avait eu des enfants ne présentant aucun symptôme de syphilis héréditaire, qui n'avait eu lui-même aucun accident depuis sa première atteinte et qui présentait à 60 ans des gommes.

M. Verchère. Ces trèves de la syphilis peuvent s'observer après un traitement scrupuleux et bien dirigé. La syphilis affecte parfois des allures qu'il est impossible de prévoir; quels que soient les accidents primaires ou secondaires on ne saurait en déduire ce que seront les accidents tertiaires.

M. Desnos a connu un jeune homme qui, près de se marier, contracta une érosion insignifiante qui ne fut pas reconnue syphilitique par les médecins les plus autorisés. Le mariage eut lieu, des enfants naquirent absolument sains et néanmoins plusieurs années après se manifestèrent des accidents de syphilis osseuse.

Antisepsie des injections mercurielles. — M. M. Bloch. Savonnage et stérilisation de la peau, scarification de la peau à quelques centimètres au-dessus de la région à injecter, prise d'un peu de sang dans un récipient, enfoncement de l'aiguille de Pravaz, inoculation de quelques gouttes de sang, puis de la dose médicamenteuse, puis enfin d'une nouvelle quantité de sang. Ce procédé est destiné à s'opposer à l'altération des tissus, en constituant une barrière entre eux et le calomel, la fibrine se résorbant lentement. Nous avons pu ainsi introduire 50 centigrammes de calomel dans 10 grammes de vaseline en 3 piqûres en quatorze jours. Le malade n'éprouva aucun accident, ni aucune douleur à la suite des deux premières; les mêmes précautions ayant été mal prises à la troisième, celle-ci fut suivie d'une vaste induration qui disparut spontanément.

M. Bouloumié. Par ce procédé, on produit une sorte d'encapsulation du médicament dans la fibrine et l'emploi de hautes doses toxiques n'est pas autorisé.

M. Verchère. Si le sang que vous injectez est aseptique, il doit se résorber immédiatement sans former de coagulum. S'il se coagule, c'est qu'il est septique. Si vous obtenez ce coagulum autour du médicament, il semble que vous augmentez les chances d'infection. Quant à ce qui est de la forte dose de calomel, les craintes à cet égard ne doivent pas être exagérées, le calomel étant lent à se résorber.

M. M. Bloch. Dans les cas urgents, il faut aller vite et forcer la dose. La fibrine étant lente à se résorber, les accidents sont moins à craindre.

M. Desnos. Les injections pratiquées avec l'antisepsie ordinaire déterminent très rarement des accidents.

Depierris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 avril 1899. — *Présidence de* M. S. Pozzi.

Traitement de l'appendicite. — M. Walther fait un rapport sur 13 observations adressées par M. Loyson. Sur ces 13 faits se montrèrent deux morts après intervention pour péritonite suppurée généralisée. L'indication opératoire sera une suppuration de la fosse iliaque ou de la péritonite généralisée.

L'intervention à froid est indiquée dans tous les cas d'appendicite à répétition.

Résection totale du nerf maxillaire supérieur. — M. Poirier. Jusqu'à ce jour, pour réséquer le maxillaire supérieur, on usait du procédé zygomato-malaire de Laux Brown qui exige un large délabrement osseux.

J'ai songé à chercher et à essayer un procédé qui n'exige pas de section osseuse.

Le nerf maxillaire sortant du trou grand rond apparait au fond de la fosse ptérygo-maxillaire. Ce fond dépasse d'un centimètre le bord supérieur de l'arc zygmato-

molaire. A ce point se rend l'artère maxillaire supérieure. Au dessous d'elle passe le nerf pour gagner la gouttière sous-orbitaire. C'est donc dans la partie postérieure, au fond de la fosse. J'ai donc cherché d'abord le nerf dans sa région sous-cutanée et l'ai repéré avec un fil. Puis je fais une incision de trois centimètres verticale et s'élevant à deux centimètres au-dessus du bord de l'arcade. Au-dessous, on trouve de la graisse, puis l'aponévrose résistante, puis le muscle temporal et enfonçant un stylet de deux centimètres, on trouve le fond de la fosse, puis enfonçant à quatre centimètres toujours on gratte la lèvre de la fente maxillaire et on fait mouvoir le nerf maxillaire sous cutané. On accroche alors le nerf avec un crochet, et on le voit bien parce qu'en tirant on agit sur le bout périphérique. Il ne reste plus qu'à le couper. Pour ce faire, il faut le pincer et le détruire par torsion. Il suffit de tirer le fil sous-cutané qui entraîne avec lui quatre à cinq centimètres du tissu nerveux. Il faut savoir que l'on n'arrache pas du tout le ganglion de Meckel qui est haut et loin; on ne l'arrache pas, et ce n'est jamais qu'à deux centimètres au-dessous du trou grand rond que l'on arrache le nerf maxillaire.

Tuberculose testiculaire. — M. Berger. La non intervention dans le testicule tuberculeux semblait admise par tout le monde depuis la discussion remontant déjà à de longues années.

Convient-il d'intervenir dans les cas de testicules avec fistules et lésions de la vésicule et de la prostate. Je ne pense pas qu'il y ait de raisons pour ne pas intervenir dans ces cas, même s'il y a des localisations pulmonaires.

Le fer rouge peut rendre des services, mais la régression est lente et le testicule étant gênant, dangereux, doit être enlevé.

Il en est de même dans les cas d'envahissemeut massif du testicule.

Lorsqu'une tuberculose paraît limitée à l'épididyme, à la vaginale, que la prostate n'a rien, ni le testicule du côté opposé, convient-il de traiter l'individu d'une tuberculose localisée qui est un foyer dangereux pour lui.

Certains faits prouvent que la localisation tuberculeuse du testicule peut guérir, et je puis en citer deux ou trois observations bien caractéristiques.

Mais il existe des faits qui montrent des généralisations subites et mortelles se faisant chez des malades porteurs de testicules tuberculeux depuis de longues années. Ne peut-on se demander si cette généralisation n'aurait pas été évitée par une castration faite préventivement.

Je crois que dans tous les cas si on fait la castration, il faut la faire avec résection totale du canal déférent, de façon à écarter les récidives au niveau du trajet inguinal.

Chez un malade atteint de 3 noyaux de l'épididyme, la testicule étant intact, la vésicule de ce côté était prise. J'ouvris le trajet inguinal et tirai par le cordon le testicule et la vaginale intacte. J'isolai alors le cordon spermatique, et je suivis le canal déférent jusqu'à la vésicule séminale qui me parut souple et saine. Je coupai après ligature le canal déférent au niveau de son entrée à la prostate. Il mesurait 30 centimètres de longueur. La réunion par première intention fut normale.

A l'examen de l'épididyme et du testicule on trouve celui-ci envahi par une tuberculisation miliaire. Le canal déférent était tuberculeux jusqu'à sa partie la plus élevée.

Le gros argument à opposer à ces interventions est la possibilité de récidive ou d'envahissement du côté opposé. Le malade ne consent pas à la castration double qui ne doit même pas lui être proposée.

Enfin, dans certains cas exceptionnels ou l'on trouverait une vésicule prise, on peut-être autorisé à enlever cette vésicule soit par la voie prérectale, soit en suivant le canal déférent.

Cholécystite calculeuse. — Laparotomie. — Cholécystotomie. — Gastro-entéroanastomose antérieure. — Guérison.

Cholécystite calculeuse. — Cholécystotomie. — Guérison. — Présentation de deux malades par M. Routier.

Trépanation dans l'épilepsie. — Maintien d'un orifice crânien. — Guérison. — Présentation du malade par M. Tuffier.

Cancer du rectum. — Ablation. — Présentation de pièces, par M. J. L. Faure.

F. Verchère.

Séance du 19 avril 1899. — *Présidence de* M. S. Pozzi

Résection du maxillaire supérieur. — M. Potherat. Dans le procédé de Lennox-Brown-Segond on marche sans cesse vers le nerf en voyant ce que l'on fait, en regardant les différents points de repère de l'opérateur. Dans le procédé de M. Poirier au contraire, dès la peau incisée on marche à l'aveuglette, n'ayant que l'extrémité mousse d'une curette, ou d'un stylet pour se guider. De plus on ne peut atteindre le nerf que dans la partie antérieure de la fente ptérygoïde, alors qu'avec celui de Segond on peut l'atteindre à son émergence.

M. Poirier. Je crois qu'on fait trop d'honneur à mon procédé en le discutant. Je ne l'ai pas encore exécuté sur le vivant. Le procédé de Segond est excellent, mais j'ai voulu éviter 3 temps délicats : 1° la résection de l'arc zyzomatomalaire qui est dure, longue et difficile à faire avec la scie à chaîne ; elle entraîne de plus l'abaissement de cet arc et le muscle masseter s'y insère. La mastication devient parfois difficile, souvent impossible. 2° La cicatrice qui est longue, visible et disgracieuse. 3° L'ouverture large de la fenêtre zygomatomalaire qui ne donne pas la possibilité de voir le nerf, là où il faut aller le voir.

Tuberculose testiculaire. — M. Routier. J'ai été pendant longtemps radical dans mes interventions sur le testicule tuberculeux, mais après une certaine pratique, j'ai cru devoir changer de manière de faire et ce sont les raisons que je viens apporter aujourd'hui. Le testicule, organe isolé, semblait plus favorable à la suppression de la tuberculose dès que l'organe atteint isolément était enlevé. Les accidents opératoires y sont nuls. De plus je n'enlevais qu'un testicule tuberculeux chez un individu sain et non chez un phtisique ou un malade qui aurait eu la prostate ou la vésicule malades.

Chez deux malades âgés, l'ablation d'un testicule fut suivie de récidive, au bout de six mois, du testicule du côté opposé, que j'enlevai. Un des malades survit encore depuis dix ans, ce qui me paraît fort satisfaisant ; il a 75 ans.

Chez un malade atteint de tuberculose généralisée du testicule droit, je fis la castration unilatérale, mais la récidive se fit du côté gauche où je dus ouvrir trois abcès successifs. Actuellement, depuis trois ans, il porte des cicatrices ombiliquées et se porte bien.

Ceci pour démontrer qu'il faut abandonner cette idée que l'on a soutenue, à savoir que la tuberculose de la pros-

tate ou de la vésicule peut rétrocéder à la suite de la castration.

Il y a trois catégories de testicules tuberculeux ; ceux qui n'ont que des noyaux indurés, je me contente de l'hygiène et du séjour salin. Quand il y a des abcès, je les ouvre et le malade conserve son testicule « moral ». Enfin, s'il y a des fistules, je les cautérise, je les gratte, mais je ne fais pas la castration.

M. Poirier. Je peux dire que j'ai observé un jeune homme ayant les deux testicules pris avec lésions des canaux déférents, que j'envoyai au Dr Berger, lequel conseilla l'abstention. Je fis des pointes de feu. A ce moment Chauffard constata des lésions pulmonaires. Le Mont-Dore fit disparaître ces lésions. Il existait au début des lésions prostatiques, lesquelles ont disparu depuis les pointes de feu, depuis la guérison pulmonaire.

M. Michaux. J'ai aussi opéré les testicules tuberculeux, mais j'y ai renoncé et me contente, s'il existe abcès ou fistules de faire des injections naphtholées au chlorure de zinc, et parfois j'ai eu les résultats les plus satisfaisants.

Je refuse la castration systématiquement dans tous les cas de tuberculose chronique du testicule; c'est à peine si je l'accorderai dans certains cas aigus ou subaigus à marche rapide.

Gastrorrhaphie et gastropexie. — M. Hartmann donne l'observation suivante : une malade était atteinte de cachexie, d'amaigrissement dus à ce que l'on a appelé dislocation corticale de l'estomac. Le chimisme stomacal démontra qu'elle n'avait pas de cancer.

Je fis un faufilage du cul-de-sac stomacal dilaté et le fixai au diaphragme. Depuis ce temps la malade a augmenté de 10 kilogr. Cette opération remédie à la dilatation simple et à l'abaissement de l'organe.

Chez quels malades faut-il intervenir ? Dans les cas invétérés et entraînant une cachexie dangereuse.

Hernie de l'enfance. — Présentation d'un bandage par M. Felizet.

Trépanation pour abcès intra-cérébral. — Présentation de pièces par M. Toulier.

F. Verchere.

VARIÉTÉS

Un code déontologique médical bavarois.

Généralités : Tout médecin est tenu d'exercer consciencieusement et honorablement sa profession. Il doit se tenir sur le terrain de la médecine scientifique et veiller à la santé publique dans la mesure de ses moyens. Il doit combattre les remèdes secrets et le charlatanisme.

Pratique médicale : Le médecin doit se conformer aux coutumes locales pour faire connaître son établissement, son changement de domicile, son absence momentanée. Sauf pour ce qui est de l'enseignement académique, il ne doit pas annoncer par circulaire qu'il traite gratuitement, et il ne doit pas faire savoir par annonces qu'il traite par correspondance.

On ne doit pas prendre le titre de spécialiste sans justifier d'une instruction spéciale suffisante ; le spécialiste doit renoncer à la clientèle ordinaire.

Le titre de clinique ou de policlinique est réservé aux établissements d'enseignement de l'Etat.

Il est interdit aux médecins de faire le commerce des appareils et des médicaments, d'acheter ou de vendre une clientèle ou de servir d'intermédiaire à ces négociations.

Il est indigne du médecin de rendre directement ou indirectement obligatoire le recours à ses soins et de se procurer des clients par des remises aux sages-femmes, baigneurs, etc.

L'exposition d'attestations servant de réclame est interdite. Les observations et les comptes rendus médicaux ne doivent être publiés que dans les journaux professionnels et on doit s'opposer aux remerciements publics.

Aucun médecin ne doit prescrire des remèdes secrets ni des médicaments-réclame notoirement inefficaces. Il ne doit pas couvrir de son nom l'exercice illégal de la médecine et il ne doit pas inviter à assister à une opération des personnes étrangères à la profession.

Rapports avec les clients des autres médecins : Il faut, vis-à-vis d'eux, s'abstenir de toute critique défavorable des actes médicaux. Un médecin ne doit pas traiter un malade qu'il sait déjà traité par un confrère, à moins que le malade ne refuse les soins du médecin appelé le premier et que celui-ci n'en soit prévenu. Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux consultations chez le médecin, ni aux cas d'urgence.

Consultations : On doit accepter comme consultant tout médecin pouvant faire partie des Chambres médicales et restant sur le terrain de la médecine scientifique.

L'exactitude aux rendez-vous est de rigueur. Sauf le cas de très grand éloignement, le délai d'attente est d'un quart d'heure, après lequel le médecin traitant, s'il est seul, prescrit suivant le besoin ; le consultant resté seul doit se retirer sans faire d'examen ni de prescription, sauf le cas d'urgence; s'il réside loin, il peut examiner le malade et laisser par écrit son avis de médecin traitant.

Le consultant doit éviter toute marque de supériorité et toute critique du traitement suivi jusque-là.

En cas de dissentiment des deux médecins réunis, un troisième sera appelé pour les départager, ou, si cela ne se peut, le médecin traitant exposera la question au malade ou à la famille, qui décidera. Si l'on n'arrive pas à une entente, le consultant se retirera en donnant ses raisons.

Le résultat d'une consultation peut être exprimé par chacun des médecins qui y ont pris part; la famille et le malade ne doivent connaître que ce résultat, mais non les divergences d'avis.

Sauf le cas de nécessité le médecin traitant doit suivre le traitement indiqué. C'est à lui et à la famille à décider du renouvellement des consultations.

On peut refuser une consultation.

Honoraires : Les sociétés médicales locales doivent établir des tarifs qui lient leurs membres ; il peut exister des tarifs spéciaux pour des villes ou des portions de cercle, mais ils doivent être agréés par la société. Les traités particuliers avec les corporations, sociétés d'assurances, établissements, doivent avoir l'agrément de la société médicale qui le refusera quand les honoraires stipulés seront inférieurs à ceux en usage.

On peut faire remise des honoraires aux malades pauvres.

Toute réduction d'honoraires doit être formellement indiquée au moment du règlement. Le médecin ne doit pas traiter gratuitement ceux qui peuvent payer les soins reçus.

Une candidature à une place médicale publique ou privée ne doit pas s'accompagner d'offres de rabais ni de dénigrement des concurrents.

Remplacements : En cas de maladie passagère ou d'absence professionnelle on doit remplacer gratuitement un confrère. Si la maladie ou l'absence se prolongent, le règlement se fera suivant les conventions.

Le remplacement gratuit ne s'étend pas aux opérations et accouchements. Les médecins et leurs familles doivent être traités gratuitement (*Munch. med. Wochens.*, n° 50).

NOUVELLES

Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. — Les médecins de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts ont repris le 17 avril des leçons cliniques qu'ils continueront dans l'ordre suivant :

Le lundi à 2 heures, M. KALT : *Diagnostic et traitement des maladies externes de l'œil.*

Le jeudi à 2 heures, M. VALUDE : *Opérations, petite chirurgie.*

Le vendredi à 1 heure, M. TROUSSEAU : *Choix de verres de lunettes. Correction et traitement des amétropies. Strabisme.*

Le samedi à 2 heures, M. CHEVALLEREAU : *Ophtalmoscopie clinique.*

Consultations et opérations à midi et demi.

Infirmerie de Saint-Lazare. 107, faubourg Saint-Denis. *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie.* — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie de Saint-Lazare.

La deuxième série commencera le jeudi 4 mai, à 10 h.30 du matin et se continuera les samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure.

Ce cours sera fait.

Le mardi par M. L. Wickham. Vénéréologie.

Le jeudi par M. Jullien. Syphiligraphie.

Le samedi par M. Verchère. Gynécologie.

Il sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs et les étudiants en médecine, pourvus de 16 inscriptions qui se feront inscrire chez M. le directeur de la maison de Saint-Lazare.

Une carte d'entrée leur sera remise.

Hôpitaux de Paris. — Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices, année 1899. — Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 12 juin 1899, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures, du lundi 15 mai au samedi 27 du même mois inclusivement.

Association des médecins du département de la Seine. — Le dimanche 23 avril, à deux heures très précises, aura lieu l'assemblée générale annuelle de l'Association, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

Cette assemblée a pour objet : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1898, par le secrétaire général ; 2° l'élection : D'un président ; de deux vice-présidents, d'un secrétaire général.

Candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale : Président : M. Brouardel, vice-présidents : MM. Guyon et Fernet. Secrétaire général : M. H. Barth,

3° Le renouvellement par tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la Commission générale ;

La désignation de quarante-quatre suppléants.

Médecins sénateurs. — M. le Dr BIZARELLI, ancien député de la Drôme, vient d'être élu sénateur du même département.

A quel âge l'homme est-il en possession du maximum de sa force physique ? Un médecin allemand, qui a été à même de faire, avec un dynamomètre de son invention, plus de dix mille expériences sur des sujets appartenant un peu à toutes les catégories sociales, vient de publier dans un recueil spécial le résultat de ses nombreuses et très intéressantes observations.

Représentée graphiquement, la force moyenne d'un homme de constitution saine est une courbe, à peu près parabolique mais irrégulière, dont le sommet avoisine trente et un ans. Ou, si l'on préfère, en d'autres termes, c'est à cet âge que le maximum de puissance physique semble généralement atteint.

Un adulte de dix-sept ans, d'après les tableaux de moyenne dressés par le médecin que nous citons, doit pouvoir soulever sans difficulté un poids de 126 kilos. A vingt ans, sa force dynamométrique est de 144 kilos. Enfin, à trente et un ans, elle s'élève à 200 k. — Un homme de quarante ans ne peut plus soulever qu'un poids de 153 kil. 680 ; à cinquante ans, sa force est réduite à 148 kil. 500 ; à soixante-dix ans, elle tombe à 112 kilos.

L'auteur en question a fait également de curieuses expériences sur les indigènes du Togoland, d'où il résulte que, contrairement à l'opinion généralement répandue, la force musculaire des nègres est à peu de chose près pareille à celle de la race blanche.

Nécrologie. — Le Dr DANSON, médecin de la compagnie P.-L.-M. à Bourg Argental, décédé à l'âge de 45 ans. — Le Dr COCHETEUX (de Valenciennes) reçu en 1856. — Le Dr MARTIN, de Douai. — Le Dr AMEN, chirurgien honoraire des hôpitaux de Toulouse, reçu en 1856. — De Dr CHAMAYOU père, de Toulouse. — Le Dr KIRCHBERG, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes, décédé à l'âge de 72 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT

Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose :* 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*